Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre
Québec

PROGRAMME TRANSPORT ET HÉBERGEMENT
DES PERSONNES HANDICAPÉES MONTÉRÉGIE

Attestation des visites effectuées relatives à des transports autorisés

ANNÉE FINANCIÈRE 2022-2023

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE :

IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE :

Nom : **Prénom :**

Encerclez les journées durant lesquelles la personne s'est rendu à votre établissement pour recevoir le service accepté

		Nb. visites	Nb. repas
	AVRIL 2022 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30		
1	**MAI** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
	JUIN 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30		
	PIÈCES JUSTIFICATIVES POUR LE 10 JUILLET 2022		
	JUILLET 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
2	**AOÛT** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
	SEPTEMBRE 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30		
	PIÈCES JUSTIFICATIVES POUR LE 10 OCTOBRE 2022		
	OCTOBRE 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
3	**NOVEMBRE** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30		
	DÉCEMBRE 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
	PIÈCES JUSTIFICATIVES POUR LE 10 JANVIER 2023		
	JANVIER 2023 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
4	**FÉVRIER** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28		
	MARS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
	PIÈCES JUSTIFICATIVES POUR LE 10 AVRIL 2023		

TOTAL DES VISITES : **TOTAL DES REPAS:** Pers. hand. Accomp. **TOTAL STATIONNEMENT:**

MODE DE TRANSPORT :

- ☐ VÉHICULE PERSONNEL
- ☐ TRANSPORT BÉNÉVOLE*
- ☐ TRANSPORT ADAPTÉ*
- ☐ TAXI*
- ☐ TRANSPORT EN COMMUN*
- ☐ AUTRES: _____

****Ne pas oublier les pièces justificatives se rapportant à ces transports****

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT DONNEUR DE SOIN: _____

ADRESSE 1: _____ ADRESSE 2: _____

SERVICES RENDUS : _____

Signature d'un représentant de l'établissement ou du thérapeute soignant

___ / ___ / 20 ___
Jour Mois Année
Date de signature postérieur à la dernière visite

ADRESSE DE RETOUR: Programme Transport et hébergement des personnes handicapées Montérégie
3120, boulevard Taschereau
Greenfield Park (Québec) J4V 2H1

Téléphone : 450-928-6777, poste 13553
Télécopie : (450) 463-6072
Courriel : transport.cssscclm16@ssss.gouv.qc.ca